
Manuale misurazione

Psichiatria ospedaliera per adulti

Valido dalla misurazione **2024**

Misurazione nazionale degli indicatori «Peso dei sintomi» e
«Misure restrittive della libertà»

Versione **8.0**

Pubblicato in data **14.5.2024**

Indice

Codici cromatici/cronologia delle modifiche.....	3
1. Introduzione	4
2. Panoramica piano di misurazione.....	5
2.1. Dati supplementari Ufficio federale di statistica (UST).....	6
3. Momento del rilevamento	7
3.1. Peso dei sintomi (HoNOS, BSCL).....	7
3.1.1. Scadenze del rilevamento all'amissione e alla dimissione	7
3.1.2. Definizione dei casi.....	7
3.2. Misure restrittive della libertà.....	8
4. Strumenti di rilevamento	9
4.1. Valutazione da parte di terzi mediante HoNOS.....	9
4.1.1. Convenzioni generali per l'utilizzo delle scale nell'HoNOS.....	10
4.2. Autovalutazione mediante BSCL	11
4.3. Rilevamento delle misure restrittive della libertà.....	12
4.3.1. Competenze e momento del rilevamento	13
4.3.2. Problemi di rilevamento frequenti.....	14
4.4. Gestione dei valori mancanti	14
4.5. Impiego dei dati per la cura individuale	15
5. Qualità dei dati.....	16
5.1. La qualità dei dati è la base per l'analisi	16
5.2. Riferimento tasso di risposta	16
5.3. Formazioni per il rilevamento.....	16
5.4. Controllo della qualità dei dati interno alla clinica e da parte dell'istituto di analisi	16
5.5. Possibilità di aiuto per i rilevatori	17
6. Fornitura dei dati.....	18
7. Analisi.....	19
8. Protezione dei dati.....	19
9. Bibliografia	19

Codici cromatici/cronologia delle modifiche

Affinché disponiate di mezzi ausiliari costantemente aggiornati, il presente documento verrà all'occorrenza modificato anche nel corso dell'anno. I codici cromatici vi consentono di individuare velocemente gli ultimi cambiamenti.

CODICE CROMATICO	VALIDITÀ MODIFICA	BREVE DESCRIZIONE
GIALLO	14.5.2024	Precisazione della definizione dei casi
PINK	11.5.2023	Introduzione tipo di clinica psichiatria geriatrica/sospensione BSCL per il tipo di clinica psichiatria geriatrica/adeguamenti linguistici e rielaborazione grafica
VERDE	1.8.2022	Armonizzazione delle scadenze del rilevamento all'ammissione e alla dimissione (psichiatria per adulti/psichiatria infantile e adolescenziale) dall'1.1.2023
BLU	1.5.2022	Consolidamento delle scadenze del rilevamento all'ammissione e alla dimissione



1. Introduzione

L'Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità in ospedali e cliniche (ANQ) è stata costituita nel 2009 da tutti i partner importanti del settore sanitario svizzero sulla base dell'allora vigente articolo 58 della Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal). I membri dell'ANQ sono l'associazione degli ospedali svizzeri H+, le associazioni degli assicuratori (santésuisse e curafutura), gli assicuratori federali sociali (infortuni, militare, invalidità), tutti i ventisei Cantoni e il Principato del Liechtenstein.

L'ANQ coordina ed effettua misurazioni della qualità nei settori della medicina somatica acuta, della riabilitazione e della psichiatria. I rilevamenti nella psichiatria ospedaliera per adulti si basano sul relativo concetto di attuazione dell'ANQ, approvato da tutti i membri. Lo svolgimento di queste misurazioni è obbligatorio per tutte le cliniche che aderiscono al contratto nazionale di qualità.

Le misurazioni da svolgere vengono presentate alle cliniche psichiatriche sotto forma di piani di misurazione. L'ANQ ne coordina l'attuazione dal rilevamento dei dati all'analisi, alla redazione dei rapporti, alla pubblicazione dei risultati.

L'attuazione di misurazioni nazionali della qualità orientate ai risultati nella psichiatria ospedaliera per adulti è iniziata il 1° luglio 2012. L'anno successivo, le misurazioni della qualità sono state introdotte anche nella psichiatria ospedaliera infantile e adolescenziale (il 1° luglio 2013 l'indicatore peso dei sintomi, il 1° gennaio 2014 l'indicatore misure restrittive della libertà).

Il presente manuale si rivolge alle persone che nel quadro del processo di cura svolgono le misurazioni della qualità dell'ANQ nel settore della psichiatria per adulti (valutazione da parte di terzi) e alle persone che informano, incoraggiano e aiutano i pazienti a compilare il questionario (autovalutazione). Il documento è volutamente breve per consentire una rapida presa di conoscenza. Maggiori informazioni si trovano sul [sito dell'ANQ](#).

2. Panoramica piano di misurazione

Le direttive per la misurazione della qualità valgono per i pazienti di tutti i settori della psichiatria ospedaliera per adulti. I pazienti minorenni curati nelle unità della psichiatria per adulti vengono considerati adulti ai fini delle misurazioni e rilevati.

Le cliniche psichiatriche sono istituti che nella tipologia dell'Ufficio federale di statistica rientrano nelle categorie K211 o K212. Le cliniche e le unità ospedaliere per la psichiatria infantile e adolescenziale partecipano a una misurazione separata.

 Piano nazionale di misurazione per la psichiatria						
Psichiatria infantile e adolescenziale*	Psichiatria per adulti					
* Non ripartito in tipi di clinica	Tipi di clinica					
Indicatore: Peso dei sintomi (valutazione da parte di terzi) Strumenti di misurazione: HoNOSCA	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);"> TIPO DI CLINICA I: Fornitori di prestazioni di base e della medicina acuta </td> <td style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);"> TIPO DI CLINICA II: Cliniche specializzate </td> <td style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);"> TIPO DI CLINICA III: Cliniche per la cura di dipendenze </td> <td style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);"> TIPO DI CLINICA IV: Cliniche della psichiatria forense </td> <td style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);"> TIPO DI CLINICA V: Psichiatria geriatrica </td> </tr> </table>	TIPO DI CLINICA I: Fornitori di prestazioni di base e della medicina acuta	TIPO DI CLINICA II: Cliniche specializzate	TIPO DI CLINICA III: Cliniche per la cura di dipendenze	TIPO DI CLINICA IV: Cliniche della psichiatria forense	TIPO DI CLINICA V: Psichiatria geriatrica
TIPO DI CLINICA I: Fornitori di prestazioni di base e della medicina acuta	TIPO DI CLINICA II: Cliniche specializzate	TIPO DI CLINICA III: Cliniche per la cura di dipendenze	TIPO DI CLINICA IV: Cliniche della psichiatria forense	TIPO DI CLINICA V: Psichiatria geriatrica		
Indicatore: Peso dei sintomi (autovalutazione) Strumenti di misurazione: HoNOSCA-SR	Indicatore: Peso dei sintomi (valutazione da parte di terzi) Strumenti di misurazione: HoNOS					
Indicatore: Misure restrittive della libertà Strumenti di misurazione: EFM-KJP	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%;"> Indicatore: Peso dei sintomi (auto-valutazione) Strumenti di misurazione: BSCL </td> <td style="width: 30%;"> Nessun sondaggio </td> </tr> </table>	Indicatore: Peso dei sintomi (auto-valutazione) Strumenti di misurazione: BSCL	Nessun sondaggio			
Indicatore: Peso dei sintomi (auto-valutazione) Strumenti di misurazione: BSCL	Nessun sondaggio					
	Indicatore: Misure restrittive della libertà Strumenti di misurazione: EFM					

Figura 1: piano nazionale di misurazione nella psichiatria per adulti

Nota sul piano di misurazione

Le cliniche della psichiatria forense (dall'1.1.2019) e quelle della psichiatria geriatrica (dall'1.1.2023) sono dispensate dalla misurazione dell'autovalutazione dei pazienti con il questionario BSCL.

La figura 2 riporta graficamente i momenti della misurazione dei dati da rilevare e da trasmettere all'ANQ.

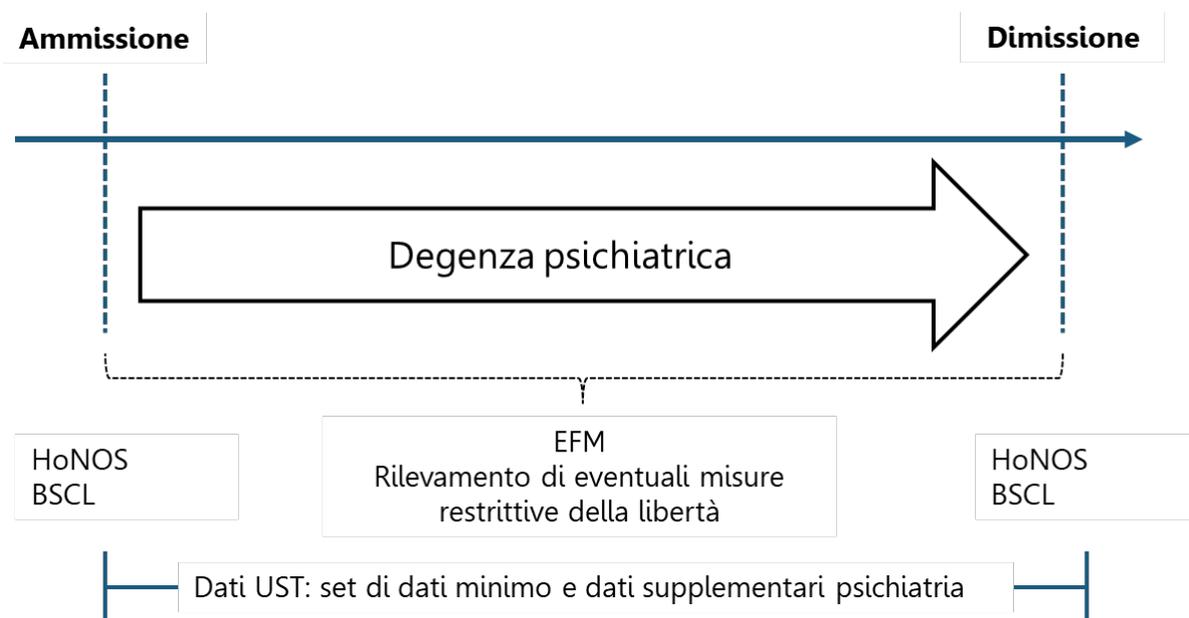


Figura 2: panoramica misurazioni nazionali della qualità ANQ nella psichiatria per adulti

2.1. Dati supplementari Ufficio federale di statistica (UST)

Oltre ai rilevamenti del peso dei sintomi (valutazione da parte di terzi e autovalutazione) all'ammissione e alla dimissione, nonché di eventuali misure restrittive della libertà durante la degenza, per l'analisi dei dati devono essere inviate all'istituto di analisi variabili rilevanti della presa a carico ospedaliera stazionaria (SpiGes) (ex dati della statistica medica – set di dati minimo e dati complementari sulla psichiatria) (vedi figura 3). Servono inoltre il numero di identificazione del caso e il numero di identificazione del paziente (interno alla clinica).

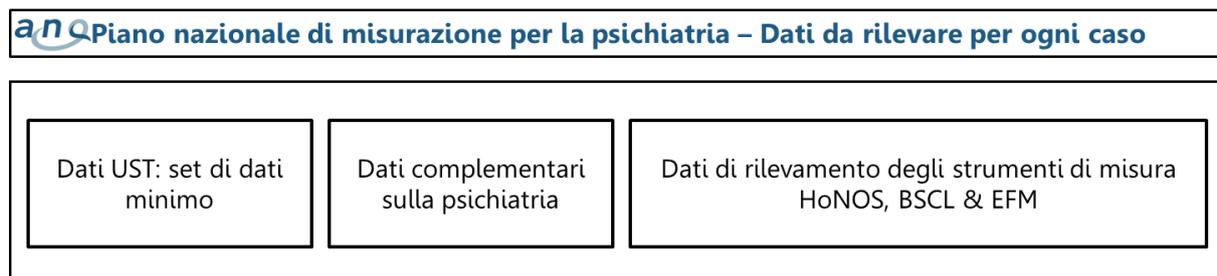


Figura 3: panoramica dei dati da rilevare e trasmettere

3. Momento del rilevamento

3.1. Peso dei sintomi (HoNOS, BSCL)

3.1.1. Scadenze del rilevamento all'ammissione e alla dimissione

I rilevamenti di routine al momento dell'ammissione e della dimissione (HoNOS, BSCL) avvengono **il più possibile a ridosso** dell'ammissione o della dimissione effettiva, tuttavia al più presto/tardi secondo quanto riportato nella tabella 1. Il giorno dell'ammissione e il giorno della dimissione sono rispettivamente conteggiati nei tre dopo l'ammissione e nei tre giorni prima della dimissione.

Tabella 1: scadenze rilevamenti psichiatria per adulti

	Misurazione all'ammissione		Misurazione alla dimissione	
	Al più presto	Al più tardi	Al più presto	Al più tardi
HoNOS	Giorno dell'ammissione	3 giorni dopo l'ammissione	3 giorni prima della dimissione	3 giorni dopo la dimissione
BSCL	Giorno dell'ammissione	3 giorni dopo l'ammissione	3 giorni prima della dimissione	Giorno della dimissione

Con la misurazione al momento dell'ammissione e della dimissione, viene rilevato lo stato del paziente nei sette giorni precedenti (**periodo di valutazione = sette giorni**). Per la misurazione al momento della dimissione vale l'eccezione seguente: se dalla compilazione del questionario all'ammissione sono trascorsi meno di sette giorni, viene valutato solo questo lasso di tempo. Occorre segnalare sempre lo **stato peggiore riscontrato nel periodo in questione** (non una media).

Il questionario alla dimissione va compilato solo se dalla compilazione del questionario all'ammissione sono passate almeno 24 ore (validità dall'1.1.2020). La misurazione al momento della dimissione va rilevata anche se il paziente è deceduto.

I questionari non compilati devono essere codificati con una motivazione del *drop-out*. Si distingue tra *drop-out* influenzabili e non influenzabili (v. capitolo 4).

3.1.2. Definizione dei casi

La **definizione dei casi dell'ANQ** corrisponde a quella dell'UST, così come illustrata nel **concetto dettagliato per la statistica medica**: un caso di cura costituisce un'unità di rilevamento. Un caso di cura è definito come il trattamento di un paziente con una determinata diagnosi principale nella stessa clinica. Un ulteriore trattamento per un'altra diagnosi principale è considerato un nuovo caso di cura. Per ogni caso di cura sono necessarie una misurazione con l'HoNOS e una con la BSCL all'inizio e alla conclusione della cura.

In caso di **trasferimenti** tra sedi, in ogni sede occorre procedere a una misurazione all'ammissione e alla dimissione. Per i trasferimenti da un reparto all'altro nello stesso istituto, invece, non viene effettuata una nuova misurazione. Lo stesso vale in caso di **congedo**. Se invece un'assenza dalla clinica viene gestita come una fine e un nuovo inizio del trattamento, le misurazioni al momento della dimissione e dell'ammissione vanno svolte come prescritto.

Fondamentalmente, secondo la definizione ogni assenza va considerata una conclusione del caso e ogni nuovo trattamento, rispettivamente ogni passaggio a un'altra sede è un nuovo caso. Occorre pertanto procedere sempre a una misurazione alla dimissione e alla nuova ammissione. Un'assenza non richiede un rilevamento alla dimissione e all'ammissione se le tre condizioni seguenti sono soddisfatte:

- l'assenza si è protratta per meno di 24 ore;
- dal punto di vista clinico, il personale curante interpreta la degenza dopo l'assenza come continuazione dello stesso trattamento;
- la sede non cambia.

In caso di **assenza fino a 24 ore** per visite o cure specifiche in altre cliniche o per un congedo, è quindi possibile rinunciare a una nuova misurazione al momento dell'ammissione e della dimissione.

In caso di **cambiamento puramente amministrativo** in seguito a un cambiamento di ente finanziatore, non si procede ad alcuna misurazione. I casi amministrativi vengono riuniti dalle cliniche in casi di cura anche per la fornitura di dati all'Ufficio federale di statistica (UST).

Sulla base dell'esperienza della misurazione del 2018, lo stesso anno il Comitato dell'ANQ ha deciso di definire i casi senza raggruppamento (riammissione entro diciotto giorni) secondo TARPSY/SwissDRG a partire dall'anno di misurazione 2019. I dati **non** devono pertanto contenere casi raggruppati in conformità a TARPSY/SwissDRG.

3.2. Misure restrittive della libertà

Durante la degenza, le misure restrittive della libertà vengono rilevate immediatamente e continuamente. In caso di isolamento, immobilizzazione e medicazione forzata, **di regola si compila insieme alla prescrizione medica** il modulo per il rilevamento delle misure restrittive della libertà. In caso di restrizioni della libertà di movimento in sedia e a letto, ciò avviene **al momento dell'adozione di tali provvedimenti**.

4. Strumenti di rilevamento

4.1. Valutazione da parte di terzi mediante HoNOS

L'HoNOS è stato pubblicato nel 1996 dal Royal College of Psychiatrists (RCPsych). Nel quadro delle misurazioni nazionali della qualità dell'ANQ, questo strumento di rilevamento può essere utilizzato senza ulteriore approvazione. Dodici item rilevano eventuali problemi a livello di comportamento, limitazioni, sintomi e capacità funzionali sociali che possono manifestarsi frequentemente tra le persone con una malattia psichica. Il peso dei sintomi viene valutato su una scala da 0 «nessun problema» a 4 «problema grave fino a molto grave».

L'HoNOS per adulti in età lavorativa viene impiegato per le misurazioni della qualità dell'ANQ in tutti i tipi di clinica della psichiatria per adulti. L'HoNOS per persone maggiori di 65 anni viene invece raccomandato alle cliniche della psichiatria geriatrica (tipo di clinica V). Le due varianti si distinguono solo per alcuni adattamenti linguistici (adulti, risp. persone anziane).

L'HoNOS è uno strumento per la valutazione da parte di terzi, la quale spetta alla persona che si occupa del caso. Entrano in linea di conto:

- il medico/lo psicologo che si occupa del caso oppure
- il membro del personale infermieristico che si occupa del caso (solo se nella clinica il personale infermieristico assume la gestione di un caso). Con ciò si intendono la persona che in primis si occupa delle cure e quella responsabile del coordinamento.

Non è invece autorizzato il modello di delega, secondo cui le misurazioni vengono svolte da persone senza responsabilità nel caso in questione e non coinvolte nel processo di cura.

Una valutazione da parte di terzi è sempre possibile e obbligatoria per tutti i pazienti, indipendentemente dalla diagnosi, dall'età, dalle condizioni e dalla situazione del momento ecc. Non ci sono motivi legittimi per non svolgere la misurazione HoNOS al momento dell'ammissione. È invece possibile rinunciare alla misurazione al momento della dimissione se quest'ultima è avvenuta entro 24 ore dopo la misurazione all'ammissione, in quanto il periodo di valutazione sarebbe troppo breve per trarre conclusioni rappresentative.

Tabella 2: codici dei motivi della mancata compilazione dell'HoNOS (drop-out) al momento della dimissione

Codice	Motivo	Osservazione
1	Dimissione entro 24 ore dalla misurazione HoNOS al momento dell'ammissione (periodo di misurazione troppo breve)	AmMESSO solo per la misurazione HoNOS al momento della dimissione
2	Altro	Da utilizzare solo in casi eccezionali corredato da un testo esplicativo
Nota		
Una dimissione imprevista, un mancato ritorno da un congedo o un decesso non sono motivi di <i>drop-out</i> . La persona che si occupa del caso compila l'HoNOS entro tre giorni dopo la dimissione/il decesso.		

4.1.1. Convenzioni generali per l'utilizzo delle scale nell'HoNOS

Le convenzioni dell'ANQ seguenti riguardanti l'HoNOS sono riportate anche nei due glossari per l'HoNOS e l'HoNOS 65+, nonché nella scheda con i punteggi sul [sito dell'ANQ](#). I documenti si prestano in particolare per formazioni interne.

Convenzioni generali per l'HoNOS

- In caso di dubbio in merito alla gravità (p.es. un «2» o un «3»), occorre marcare sempre la manifestazione più forte (nella fattispecie, un «3»).
- La valutazione va sempre effettuata in modo descrittivo, indipendente da un gruppo di disturbi o da una cura medica.
Esempio: si è in presenza di un disturbo del sonno curato con una terapia farmacologica; se al momento della valutazione tale disturbo non si manifesta, l'item in questione va valutato con uno «0».
- Basta il manifestarsi di un'unica situazione tra le descrizioni per soddisfare la gradazione in questione.
Osservazione: nell'HoNOS, le gradazioni sono espresse verbalmente con più descrizioni. Basta il manifestarsi di un'unica situazione descritta per soddisfare la gradazione in questione.
- Per procedere alla valutazione con l'HoNOS vanno considerate sempre tutte le informazioni disponibili.
Osservazione: non bisogna limitarsi a ciò che viene dichiarato dal paziente, ma sentire anche altre fonti (familiari, assistenti sociali, medico assegnante, psicologo ecc.). La persona curante è chiamata a riflettere sulla plausibilità delle informazioni raccolte e su tali basi decide la valutazione. Se da diverse fonti dovessero provenire informazioni controverse e poco plausibili, le contraddizioni vanno chiarite. In caso di mancato chiarimento entro tre giorni, la valutazione deve essere un «9», «Non noto/non applicabile».
- Possibilmente, non si dovrebbero valutare con un «9», più di tre item. Se più di tre item vengono valutati con un «9», il questionario è escluso dall'analisi.
- Il periodo di riferimento è stato adeguato agli ultimi sette giorni.
Osservazioni: nel caso di una degenza inferiore a sette giorni, il periodo di valutazione per la misurazione al momento della dimissione si riferisce al lasso di tempo trascorso dalla compilazione del questionario all'ammissione (almeno 24 ore).
- L'HoNOS prevede un solo motivo regolare per la mancata compilazione, ossia la breve durata della degenza (<24 ore). Il motivo «Altro» deve essere utilizzato solo in casi eccezionali e va corredato da un testo esplicativo.

Le convenzioni sulla classificazione dei singoli item sono riportate nello [strumento di misurazione](#).

4.2. Autovalutazione mediante BSCL

Sulla scorta di 53 item riferiti a sintomi fisici e psichici, la Brief Symptom Checklist (BSCL) rileva la limitazione percepita soggettivamente. Il peso dei sintomi quale autovalutazione è registrato su una scala da 0 «per niente» a 4 «molto».

La BSCL viene utilizzata nella psichiatria per adulti. Sono esclusi da questa autovalutazione i pazienti della psichiatria forense (dall'1.1.2019) e quelli della psichiatria geriatrica (dall'1.1.2023).

Come nel caso dell'HoNOS, anche la consegna della BSCL e l'incoraggiamento del paziente affinché la compili sono di competenza della persona che si occupa del caso. Entrano in linea di conto:

- il medico/lo psicologo che si occupa del caso oppure
- il membro del personale infermieristico che si occupa del caso (solo se nella clinica il personale infermieristico assume la gestione di un caso).

La consegna del questionario e l'incoraggiamento alla partecipazione devono avvenire se possibile nel corso del primo colloquio, rispettivamente del colloquio di dimissione con la persona che si occupa del caso.

Se necessario (p.es. problemi di lingua o di comprensione), è possibile offrire un aiuto per la compilazione, che però non deve in alcun modo influenzare il tenore delle risposte.

Per incoraggiare il paziente a partecipare **al rilevamento al momento dell'ammissione** ci si può esprimere in questi termini.

«L'autovalutazione dei suoi disturbi, problemi e sintomi per il tramite del presente questionario fornisce preziose informazioni per pianificare il trattamento e per il controllo della cura. La sua partecipazione è quindi molto importante. La prego di compilare il questionario subito dopo il primo colloquio e di consegnarlo a me o all'ufficio del reparto. Se le serve aiuto, non esiti a chiedere a qualcuno del team, siamo volentieri a sua disposizione. Poi, discuteremo insieme le sue risposte. Grazie mille!»

Per incoraggiare il paziente a partecipare **al rilevamento al momento della dimissione** ci si può esprimere in questi termini.

«Ripetere l'autovalutazione dei suoi disturbi, problemi e sintomi al momento della dimissione dalla clinica mediante il questionario che già conosce serve a valutare l'efficacia della cura. La sua partecipazione è quindi molto importante. La prego di compilare il questionario subito dopo questo colloquio di dimissione e di consegnarlo a me o all'ufficio del reparto. Se le serve aiuto, non esiti a chiedere a qualcuno del team, siamo volentieri a sua disposizione. Grazie mille!»

Fondamentalmente, occorre incoraggiare tutti i pazienti a compilare la BSCL, indipendentemente dalla diagnosi, dall'età, dalle condizioni e dalla situazione del momento ecc., a meno che non sia palese l'impossibilità di un'autovalutazione realistica.

L'autovalutazione strutturata della propria situazione da parte del paziente è un importante elemento della diagnosi clinica e una base preziosa per la pianificazione della terapia. Se possibile, l'autovalutazione dovrebbe essere confrontata con quella espressa da terzi. Le differenze andrebbero poi discusse con il paziente. Sono queste le basi per una pianificazione adeguata della terapia.

Se non è possibile ottenere un'autovalutazione BSCL, occorre sempre inserire uno dei motivi riportati nella tabella 3.

Tabella 3: codici dei motivi della mancata compilazione del BSCL

Codice	Motivo della mancata compilazione (drop-out)
1	Rifiuto da parte del paziente, nonostante l'incoraggiamento e il sostegno
2	Conoscenze linguistiche insufficienti
3	Il paziente è troppo malato per un'autovalutazione (grave psicosi, grave demenza, gravissima affezione fisica)
4	Decesso
5	Il paziente è troppo giovane (meno di 14 anni) per comprendere il questionario
6	Dimissione entro 24 ore dalla misurazione BSCL al momento dell'ammissione, periodo di misurazione troppo breve
7	Dimissione spontanea e impreveduta o mancato ritorno dopo un congedo
8	Altro: specificare

La BSCL può essere impiegata in italiano, tedesco, francese e inglese. Queste versioni sono esaminate e approvate dall'ANQ. Fino a nuovo avviso, l'ANQ non metterà a disposizione altre **versioni** approvate della BSCL. Le analisi specifiche dei dati della misurazione dell'ANQ nella psichiatria ospedaliera per adulti dimostrano che solo pochissimi mancati rilevamenti con la BSCL sono riconducibili a problemi linguistici e che le lingue in questione sono numerose. Dato che nella fattispecie non è stata riscontrata una particolare necessità di intervento, che in ogni caso la ditta Hogrefe, emittente della licenza, non ha altre versioni linguistiche della BSCL e che la procedura di traduzione di nuove versioni è molto onerosa, per il momento l'ANQ si limita a mettere a disposizione il documento in italiano, tedesco, francese e inglese.

La licenza per la BSCL è di proprietà della ditta Hogrefe Verlag e il suo impiego è pertanto a pagamento. I **costi per la licenza** per l'utilizzo della BSCL nel quadro delle misurazioni dell'ANQ sono coperti dall'ANQ. La licenza comprende l'allestimento di una versione stampata e di una elettronica, e prevede ora anche la possibilità di svolgere misurazioni individuali.

4.3. Rilevamento delle misure restrittive della libertà

Il rilevamento delle misure restrittive della libertà è stato elaborato dall'ANQ in collaborazione con esperte ed esperti, e si basa sul progetto pilota dell'Ufficio nazionale di coordinamento e di informazione per la garanzia della qualità (KIQ, un predecessore dell'ANQ) risalente al periodo 2008-2010. Le misure restrittive della libertà figurano dal 2012 nel piano di misurazione dell'ANQ per la psichiatria per adulti.

In psichiatria, le misure restrittive della libertà vengono adottate raramente e solo in casi eccezionali giustificati, segnatamente quando il paziente rappresenta un pericolo acuto per sé stesso o per altri.

Una misura restrittiva della libertà, **per definizione, viene adottata contro la volontà del paziente**, ossia contro un'opposizione verbale o non verbale oppure contro un chiaro rifiuto di farsi isolare, immobilizzare, legare, contenere fisicamente e/o di assumere farmaci, di montare sbarre al letto, indipendentemente dalla veemenza del disaccordo, dalla capacità di discernimento, da precedenti accordi o dal parere dei familiari. Se la volontà del paziente non è identificabile in modo inequivocabile, per esempio in caso di demenza, fa stato la volontà presunta. In caso di dubbio, la questione va discussa interdisciplinariamente e con i familiari o rappresentanti del paziente. Tali misure sottostanno a diverse condizioni quadro giuridiche (Codice civile svizzero – protezione degli adulti, diritto delle persone e diritto della filiazione – nonché relative disposizioni cantonali per l'introduzione e l'esecuzione, e basi giuridiche cantonali).¹ Questo tema ha scatenato numerose discussioni sul piano etico ed è all'origine di diverse direttive elaborate da società specializzate (cfr. per esempio le Misure coercitive in medicina [2005, riedizione 2015] dell'Accademia Svizzera delle Scienze Mediche ([ASSM](#)) o le Linee direttive per l'applicazione di misure limitative della libertà di [Gerontologie CH](#). Le misure restrittive della libertà considerate nella misurazione nazionale dell'ANQ nella psichiatria per adulti concernono l'isolamento, l'immobilizzazione, la medicazione forzata, la contenzione e restrizioni della libertà di movimento su sedia o a letto. La tabella 4 fornisce una panoramica sui dati da rilevare per conto dell'ANQ.

Tabella 4: panoramica rilevamento delle misure restrittive della libertà

Genere di misura	Categoria	Periodo, risp. momento	
Isolamento	<ul style="list-style-type: none"> • Psichiatrico • Infettivo/somatico 	Inizio	Fine
		Data e ora	Data e ora
Immobilizzazione		Inizio	Fine
		Data e ora	Data e ora
Medicazione forzata	<ul style="list-style-type: none"> • Orale • Iniezione 	Momento	
		Data e ora	
Contenzione		Inizio	Fine
		Data e ora	Data e ora
Restrizione della libertà di movimento su sedia		Inizio	Fine
		Data e ora	Data e ora
Restrizione della libertà di movimento a letto		Inizio	Fine
		Data e ora	Data e ora

Maggiori informazioni sulle singole misure si trovano nello strumento di rilevamento e sul [sito dell'ANQ](#).

4.3.1. Competenze e momento del rilevamento

Le competenze e i momenti per il rilevamento di misure restrittive della libertà sono regolati conformemente a quanto riportato nella tabella 5. Eventuali competenze già assegnate e divergenti dalla tabella 5 dovrebbero essere mantenute se si sono confermate efficaci.

¹ Cfr. nuovo CC (in vigore dall'1.1.2013), in particolare l'art. 19, lett. c (capacità di discernimento), l'art. 377 segg. (rappresentanza in caso di provvedimenti medici), l'art. 383 segg. (provvedimenti che limitano il movimento) e l'art. 433 segg. (cura medica senza autorizzazione).

Tabella 5: competenze e momento del rilevamento delle misure restrittive della libertà

Genere di misura	Persona che si occupa del rilevamento	Momento
Isolamento, immobilizzazione, medicazione forzata, contenzione	Medico prescrivente	Contemporaneamente alla prescrizione, risp. l'abrogazione della prescrizione
Restrizione della libertà di movimento su sedia o a letto	Personale infermieristico	Se possibile, a ridosso della misura, il giorno dello svolgimento
		Le misure tipiche della gerontopsichiatria adottate regolarmente possono anche essere rilevate anticipatamente per risparmiare tempo

Se in generale o per un periodo di rilevamento non vengono adottate misure restrittive della libertà, non vanno rilevati dati in tal senso. In questi casi, al momento della fornitura dei dati occorre informare l'istituto di analisi che non sono state adottate misure restrittive della libertà.

4.3.2. Problemi di rilevamento frequenti

Mancanza di un rilevamento

In ogni clinica, occorre nominare una persona responsabile dell'osservanza delle direttive e della completezza del rilevamento delle misure restrittive della libertà. In caso di dubbi, tale persona deve fungere da interlocutrice per l'istituto di analisi. La corrispondenza tra le prescrizioni mediche documentate e i rilevamenti delle misure restrittive della libertà va controllata regolarmente per mezzo di prove a campione.

Rilevamento doppio

Strutture organizzative adeguate devono garantire che una misura restrittiva della libertà non venga rilevata due volte (p.es. da servizi con turni diversi).

Rilevamento della fine

C'è il rischio che dopo aver rilevato l'inizio di una misura si dimentichi di rilevarne anche la fine. Le cliniche dovrebbero istituire strutture di controllo adeguate per evitare che ciò avvenga. A tale scopo, per sostenere il Comitato per la qualità Psichiatria sono stati fissati limiti superiori per determinate misure restrittive della libertà a partire dalla misurazione 2023. Tali limiti saranno presi in considerazione al momento delle analisi della qualità dei dati sulla piattaforma moniQ. Dopo aver caricato i dati, le cliniche possono ricevere riscontri dettagliati su misure documentate in modo errato (vedi anche [concetto di analisi per la psichiatria ospedaliera per adulti](#)).

4.4. Gestione dei valori mancanti

Un'assenza di valori può verificarsi per diversi motivi, segnatamente in caso di

- mancato rilevamento (p.es. ci si è dimenticati di chiedere lo stato civile);
- manifestazione non disponibile (p.es. l'assenza di una diagnosi secondaria perché il paziente soffre di un'unica affezione);
- mancata compilazione da parte del paziente del questionario per i pazienti (per diversi motivi non appurabili).

In tutti questi casi, la variabile in questione va lasciata vuota (missing) per indicare che non è disponibile alcuna informazione. Questo valore missing non va confuso con i valori 0 e 9, che hanno significati definiti. Nell'HoNOS e nella BSCL, per esempio, il valore 0 indica che in questo settore il paziente non ha problemi. Il valore 9, ammesso nell'HoNOS, significa «Non valutabile/non applicabile», per esempio quando un paziente non è in grado di esprimersi su una determinata domanda.

4.5. Impiego dei dati per la cura individuale

Di regola, le misurazioni dell'ANQ sono concepite in modo tale che i dati rilevati possano e debbano essere utilizzati per la cura individuale del paziente in questione. In questi casi, i dati rilevati con l'HoNOS e/o la BSCL vengono consultati dalla persona responsabile del caso direttamente dopo la compilazione/il rilevamento, se possibile discussi con il paziente e utilizzati per la pianificazione delle cure. I valori alla dimissione sono impiegati anche per la valutazione della cura e la pianificazione della dimissione.

La creazione di uno strumento per il calcolo di scale ed eventualmente la raffigurazione in diagrammi sono compiti che spettano alle cliniche, dato che le misurazioni ANQ sono incentrate su dati comparativi nazionali e su rapporti delle cliniche.

5. Qualità dei dati

5.1. La qualità dei dati è la base per l'analisi

Per ottenere risultati realistici è fondamentale disporre di una qualità dei dati sufficiente. I fattori più importanti in questo senso sono

- il raggiungimento di un **tasso di riscontro sufficiente e la completezza dei dati**;
- una **buona formazione** delle persone che si occupano delle valutazioni, che incoraggiano il paziente all'autovalutazione e gli spiegano come procedere;
- la **plausibilizzazione interna** dei dati rilevati.

5.2. Riferimento tasso di risposta

Ci attendiamo i tassi di risposta seguenti.

- **Valutazione da parte di terzi: misurazione all'ammissione: 100%; binomio completo ammissione-dimissione: 90%.** Per essere completi, i rilevamenti devono comprendere variabili centrali del set di dati SpiGes (ex dati minimi UST e dati complementari sulla psichiatria UST). La quota del 90% comprende anche i *drop-out* non influenzabili.
- **Autovalutazione: binomio completo ammissione-dimissione: 60%.** Per essere completi, i rilevamenti devono comprendere variabili centrali del set di dati SpiGes (ex dati minimi UST e complementari sulla psichiatria UST). La quota del 60% comprende anche i *drop-out* non influenzabili.
- **Set di dati mancanti o incompleti: 0%.**

I tassi di risposta ottenuti dalle cliniche saranno confrontati con un valore di riferimento e pubblicati. I set di dati che al momento del termine per la fornitura dei dati non possono essere completi perché il paziente non è ancora dimesso vengono sistemati dall'istituto di analisi e non sono considerati nel tasso di risposta.

5.3. Formazioni per il rilevamento

Le formazioni avvengono secondo il principio del moltiplicatore. Le esperte e gli esperti dell'ANQ formano rappresentanti delle cliniche, che a loro volta istruiscono tutte le persone che si occupano dei rilevamenti. L'ANQ organizza formazioni interne alle cliniche ([formazioni settore della psichiatria](#)).

5.4. Controllo della qualità dei dati interno alla clinica e da parte dell'istituto di analisi

Affinché la qualità dei dati raggiunga un livello soddisfacente, i dati rilevati dovrebbero già essere controllati approfonditamente all'interno della clinica. In caso di problemi nel rilevamento, andrebbero adottati provvedimenti efficaci nei settori in questione.

I dati forniti dalle cliniche vengono poi controllati in moniQ in quanto a completezza e plausibilità (questa verifica può essere effettuata anche nel corso dell'anno). Se la qualità dei dati è insufficiente, le cliniche dovrebbero adottare provvedimenti che portino a un miglioramento.

L'annesso al documento «[Definizione dei dati](#)» fornisce consigli per il controllo interno dei dati e illustra le verifiche che vengono svolte dall'istituto di analisi.

5.5. Possibilità di aiuto per i rilevatori

I primi interlocutori in caso di problemi sono i responsabili dei progetti in seno alle cliniche. L'ANQ consiglia di formare il personale, rispettivamente le persone selezionate (p.es. responsabili) nel rilevamento del peso dei sintomi (valutazione da parte di terzi), e propone corsi interni sull'HoNOS. Maggiori informazioni si trovano sul [sito dell'ANQ](#).

In caso di problemi con la qualità dei dati e/o gli aspetti tecnici del rilevamento, sono a disposizione anche l'istituto di analisi e il Segretariato generale dell'ANQ.

6. Fornitura dei dati

I dati devono essere forniti per ogni sede all'istituto di analisi. Fanno eccezione i dati del tipo di clinica psichiatria geriatrica di sedi con offerte sia di psichiatria per adulti sia di psichiatria geriatrica. Nel quadro dell'immissione dei dati in moniQ e dei confronti dell'ANQ, queste due offerte vengono gestite come sedi separate. I set di dati devono quindi essere caricati una volta per la psichiatria geriatrica e una volta per il resto della psichiatria per adulti. Le cliniche sono libere di separare autonomamente i dati in due set o di farlo fare in modo automatico alla w hoch 2. Il criterio per l'assegnazione dei casi è la variabile «Settore di cura». I casi per i quali è stato indicato il valore «Psichiatria geriatrica» vengono assegnati alla sede della psichiatria geriatrica. I casi per i quali è stato indicato un altro settore di cura o per i quali manca questa indicazione vengono invece assegnati alla psichiatria per adulti. I dati di un anno di misurazione devono essere inviati **entro il 7.3 dell'anno successivo**.

Servono sempre tutti i dati (misurazioni al momento dell'ammissione e della dimissione) per i pazienti dimessi nel periodo di rilevamento.

Secondo il metodo usato per l'esportazione, i dati possono essere forniti in una delle varianti seguenti:

- dati di tutti i pazienti dimessi durante il periodo di rilevamento in questione;
- dati di tutti i pazienti attivi durante il periodo di rilevamento in questione;
- dati di tutti i pazienti ammessi dall'1.7.2012 (inizio delle misurazioni dell'ANQ nella psichiatria per adulti).

Dal periodo di misurazione 2019, i dati vengono trasmessi all'istituto di analisi w hoch 2 tramite il dashboard moniQ. A tale scopo, una persona responsabile per ogni sede riceve un link per registrarsi. La persona responsabile può effettuare il login utilizzando il suo indirizzo e-mail e una password di sua scelta, e caricare i dati sul server durante tutto l'anno. Dalla primavera del 2020, nel dashboard è disponibile un riscontro immediato sulla correttezza del formato e sulla qualità dei dati. Dopo aver effettuato le eventuali correzioni, si può semplicemente caricare un nuovo set di dati sul dashboard. I dati precedentemente caricati vengono automaticamente sovrascritti.

In una seconda fase, il set di dati finale deve essere trasferito definitivamente dal dashboard alla w hoch 2 entro il 7 marzo.

7. Analisi

Ogni anno, viene redatto e pubblicato un rapporto comparativo nazionale sulla psichiatria ospedaliera per adulti. Vi saranno riportate le valutazioni comparative tra le cliniche in merito ai rilevamenti del peso dei sintomi e delle misure restrittive della libertà. Trovate maggiori dettagli a questo proposito nel [concetto di analisi per la psichiatria ospedaliera per adulti](#).

8. Protezione dei dati

I dati forniti all'ANQ non consentono di risalire all'identità del paziente. La gestione dei dati è disciplinata nel [Regolamento dell'ANQ per l'utilizzo dei dati rilevati](#).

9. Bibliografia

Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG. (2023). *Brief-Symptom-Checklist*. Von

<https://www.testzentrale.de/shop/brief-symptom-checklist.html> abgerufen

Royal College of Psychiatrists (RCPsych). (2023). *Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS)*. Von

<https://www.rcpsych.ac.uk/events/in-house-training/health-of-nation-outcome-scales?searchTerms=honos> abgerufen